

Responsabilidad médica-civil ante la omisión de información en la historia clínica

Medical-civil liability for the omission of information in medical records

Karla Estefanía Buenaño Taboada, Sergio Hernando Castillo Galvis


RESUMEN

El presente artículo discute los aspectos médicos y legales de la práctica médica, particularmente la importancia de los registros médicos o historia clínica en el contexto de la responsabilidad médica y los casos legales. La historia clínica se define como un documento médico creado para registrar todos los procedimientos médicos realizados a un paciente y facilitar su atención, por lo que este debe ser completo, secuencial, claro, legible, comprensible, corregido si es necesario y veraz. La omisión de información, incluida la falsificación de datos o la omisión de información importante, puede tener consecuencias negativas para los pacientes y los profesionales médicos, por lo que también este se utiliza como evidencia en casos legales, y su integridad y precisión son esenciales en los tribunales. El tipo de investigación es cualitativo y descriptivo. Los resultados se obtuvieron tras el análisis de sentencias, donde se pudo concluir que omitir información de los registros médicos puede tener consecuencias significativas tanto para la calidad de atención médica como para la responsabilidad médica, dificultando la defensa en los juicios.

Palabras clave: Historia clínica; registro médico; responsabilidad civil; omisión; ética médica.

Karla Estefanía Buenaño Taboada 

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador. karla.buenano.87@est.ucacue.edu.ec

Sergio Hernando Castillo Galvis 

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador. sergio.castillo.26@ucacue.edu.ec

ABSTRACT

This article discusses the medical and legal aspects of medical practice, particularly the importance of medical records or medical history in the context of medical liability and legal cases. The medical record is defined as a medical document created to record all medical procedures performed on a patient and to facilitate patient care, so it must be complete, sequential, clear, legible, understandable, corrected if necessary, and truthful. Omission of information, including falsification of data or omission of important information, can have negative consequences for patients and medical professionals, so it is also used as evidence in legal cases, and its completeness and accuracy are essential in court. The type of research is qualitative and descriptive. The results were obtained after the analysis of sentences, where it was possible to conclude that omitting information from medical records can have significant consequences both for the quality of medical care and for medical liability, making it difficult to defend oneself in lawsuits.

Keywords: medical records; medical records; civil liability; omission; medical ethics.

1. Introducción

La responsabilidad médica es la responsabilidad por los daños infligidos a un paciente por un proveedor de servicios de salud. Esta surgirá solo si existe una conexión causal entre la acción u omisión de un proveedor de servicios de salud, por un lado, y el daño infligido a un paciente por el otro. La acción u omisión del proveedor de servicios de salud debe ser ilícita, es decir, contraria a las normas de la ciencia médica o a las disposiciones legales (Salazar, 2017).

Los puntos más importantes en la responsabilidad médica es la comunicación efectiva, información clara y eficiente, además del buen trato, es así como las leyes y reglamentos que preside y regula el sistema de salud ecuatoriano, que permite que la atención médica sea de calidad en todos los niveles de atención sin ningún tipo de discriminación (Salazar, 2017).

La historia clínica, al ser elaborada por el galeno, más allá de los deberes éticos y profesionales que amparan por su manejo imparcial, es una prueba constituida a favor de la parte que genera un daño médico susceptible de reparación económica, es decir, ocasionado en un riesgo evitable (Salazar, 2017).

Por lo tanto, es de gran importancia que la información registrada en las historias clínicas debe ser clara y concisa, buscando todo dato relevante de la salud del paciente sin omisión alguna, esto va a ayudar a una mejor terapéutica u seguimiento de este. Es decir, que el descuido u omisión de información que sea nexo causal de un daño acorde con la *lex artis* se constituye que obró fuera de los cuidados de este. Mencionado lo anterior, se puede decir que una incompleta o deficiente historia clínica puede arraigar una conducta omisiva sobre la que basar un eventual título de imputación de la responsabilidad (Rodríguez Lainz, 2017).

La finalidad de esta investigación es analizar como una historia clínica con los datos necesarios pueden disminuir los errores, además de aportar información clara ante un proceso judicial debido a que la omisión en la historia clínica por parte del médico le puede atribuir responsabilidad médica como una falta a sus deberes.

2. Metodología

El tipo de investigación fue cualitativa y descriptiva, y el análisis de doctrina y jurisprudencia se hizo a través de artículos científicos y sentencias revisadas en revistas influyentes que fueron encontradas en motores de búsqueda científica tales como *Dialnet*, *Scielo*, *Scribd*, *Medigraphic*, *Scopus*.

Se planteó como técnica de recolección de información, el análisis documental que aportaron datos sobre la hipótesis planteada en la investigación sobre el incorrecto diligenciamiento de la historia clínica puede tener un impacto significativo en una demanda civil médica, debido a que un registro médico es un documento legalmente vinculante que recopila información importante sobre la salud de un paciente.

3. Desarrollo

Fundamentación de la Responsabilidad médica

El acto médico abarca todos los comportamientos del profesional de la salud como parte del desarrollo de su práctica profesional, es decir, la relación médico-paciente, desde etapas tempranas hasta etapas post-tratamiento y rehabilitación.

Uno de los registros históricos más antiguos de responsabilidad médica se encuentra en el Código de Hammurabi, una antigua ley babilónica del siglo XVIII a. Este código estipula que los médicos deben ser responsables si su tratamiento resulta en daño o muerte al paciente (Díaz et al., 2020; Vera Carrasco, 2022).

A lo largo del desarrollo del derecho médico o de la práctica médica, siempre ha existido un elemento de responsabilidad profesional médica, que se expresa en distintos tipos de responsabilidad tales como ética, profesional, civil o penal.

La doctrina *Lex artis* establece que los profesionales médicos deben actuar de acuerdo con los conocimientos y habilidades médicos aceptados por la comunidad médica. Esto significa que deben cumplir con los estándares de buena atención y práctica médica. Este principio es esencial para evaluar la responsabilidad médica, ya que evalúa si un médico ha actuado de acuerdo con la ley en un caso particular.

La *Lex Artis* es el criterio principal para determinar la presencia o ausencia de responsabilidad médica., como acto jurídico, contiene la naturaleza esencial de un contrato, donde nacen

derechos y obligaciones, que pueden ser reclamados y exigibles jurídicamente hasta cierto punto, según la naturaleza del Acto Médico que constituya la ejecución del contrato (Varas, 2011).

Con el tiempo, el sistema legal ha desarrollado reglas específicas con respecto a los registros médicos y la responsabilidad médica. Por ejemplo, muchos países tienen leyes que rigen la privacidad y confidencialidad de los registros médicos y los procedimientos de reclamación de responsabilidad médica. El propósito de estas leyes es garantizar la protección de los derechos de los pacientes y crear mecanismos de rendición de cuentas para los trabajadores de la salud.

Fundamentación de historia clínica

El Código de Ética define la historia clínica como un documento médico elaborado para registrar todos los procedimientos médicos realizados a un paciente y para facilitar su asistencia. Contiene cuatro características principales: profesionalismo, práctica habitual, finalidad y legalidad (Momblanc, 2021).

El origen funcional de la historia clínica como herramienta de trabajo en salud define su naturaleza intrínseca y valor primario más que su uso secundario en contextos específicos. Por lo tanto, no cabe duda de que su principal función es “la atención clínica y surge de las razones por las que se genera: la necesidad de resumir toda la información sobre un individuo necesaria para el tratamiento o prevención de una enfermedad.

Entre las características de la historia clínica son:

1. **Completa:** incluye la información obtenida de la anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, evaluación diagnóstica y tratamiento, así como información sobre la evolución clínica del paciente, especialistas a quienes fue remitida, consentimiento informado, incluso hasta las negativas a tratamientos por parte del paciente.
2. **Secuencia:** Todos los hechos deben ser consecutivos y deben estar fechadas correctamente.
3. **Claro, legible y comprensible.**
4. **Corregido si es necesario.** No para “ocultar” una mala actuación médica, sino para completar y aclarar la historia clínica del paciente.
5. **Información verídica,** porque si el médico no dice la verdad, puede cometer el delito de falsificación de documentos (Momblanc, 2021).

Consecuencias de la omisión de información

Una historia clínica es un registro de eventos en la vida de una persona. Los médicos saben que la falsificación de información puede perjudicarlos, por lo que recopilan datos muy personales al crear registros médicos.

Una historia ilegible y desordenada, perjudica tanto a médicos como a todo personal sanitario que intervenga en ella, además de contribuir desfavorablemente al proceso evolutivo del paciente. La detección de errores como la descripción de maniobras no realizadas y la identificación de datos inexistentes, así como la omisión de antecedentes patológicos personales o la invención de estos al azar, deben ser considerados como fraude y manejado como tal, al tratarse de un conflicto ético que podría potencialmente comprometer la vida del paciente (Pérez et al., 2019).

Así, la historia clínica y la responsabilidad médica son conceptos arraigados en la jurisprudencia y la ética médica. La historia clínica es un documento fundamental en la atención médica, la toma de decisiones y la continuidad de la atención al paciente.

Historia clínica como elemento probatorio

Inicialmente, según la Real Academia Española, la palabra “prueba” se define como razón, argumento, instrumento u otro medio con que se pretende mostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo (Real Academia Española: Diccionario de La Lengua Española, 2021).

Según Sentis Melendo, la palabra prueba proviene del latín “probatio” o “probationis”, que se deriva de la palabra “probus”. Como resultado, todo lo que se ha demostrado es bueno y corresponde a la realidad. García-Falconí, por su parte, considera que la prueba es el acto y efecto de atestiguar; y probar significa probar la certeza de un hecho o la verdad de una afirmación (León Ordóñez et al., 2019).

Analizando estos conceptos, se puede concluir que la prueba proviene de la necesidad y obligación de concretar lo dicho o aseverado, para convencer a los demás de la verdad de los hechos o circunstancias a los que se debe llegar por el propio razonamiento. El equilibrio entre la verdad objetiva y subjetiva.

Cuando se habla de prueba en un contexto judicial, inevitablemente debe haber una controversia, la cual está sujeta al análisis del tribunal, el cual, a través de los relatos de las partes en la controversia, primero hace una supuesta relación de los hechos. Las apariencias deben pasar por un proceso de persuasión hasta que emerge una realidad objetiva y creíble. Esta transición compleja crea una necesidad urgente de evidencia que es la prueba.

El Estado de Ecuador adoptó el COGEP, que entró en vigor el 23 de mayo de 2016, como un paso más en sus esfuerzos por adecuar el sistema judicial al marco legal generado por la Constitución de la República de 2008, en donde instaura la audiencia, que exige de los abogados un nuevo

comportamiento procedimental en la presentación de la demanda, que contempla como novedad la inclusión de todas las pruebas. Por lo que se establece que la prueba admitida debe reunir los requisitos de pertinencia, utilidad, conducencia (León Ordóñez et al., 2019).

Si bien es cierto que los registros médicos tienen o pueden tener implicaciones legales como evidencia o fuentes de evidencia, este es el valor inherente de todos los documentos que se convierten en documentos de archivo. Sin embargo, con el creciente número de demandas en diversas jurisdicciones, incluidos los casos penales que alegan negligencia médica, es una fuente esencial de evidencia, lo que enfatiza su valor probatorio como entidad legal.

Por lo tanto, la historia clínica reúne las condiciones que la hacen deseable como fuente de prueba. Un registro médico bien elaborado siempre incluye opiniones de expertos, estudios y criterios de evaluación relacionados con el tratamiento del paciente. Además, se desarrolla cuando ocurren eventos relacionados con el paciente, y un registro tan organizado de eventos permite a su analista ver más fácilmente la calidad de la atención en el contexto de posibles responsabilidades profesionales.

Desde el punto de vista probatorio, la historia clínica implica un documento evidente para evaluar la responsabilidad de la actividad profesional del médico, en suma el acto médico es negligente cuando rompe normas comunes a diferentes niveles, o sea hay descuido u omisión, que ponderada la conducta de un médico frente a la de otro de similar conocimiento, experiencia y preparación académica, quienes debe asumir una conducta lógica, mesurada y propia del deber de cuidado, y la *lex artis* que rigen el acto médico específico, se llega a la conclusión que actuó lejos de los parámetros mínimos de cuidado (Rodríguez Manjarres, 2019).

Sin embargo, desde el punto de vista jurídico procesal, el registro médico no es un medio de prueba en sí mismo, sino un documento médico que contiene pruebas. En otras palabras, la HC es un conjunto de información objetiva que puede incorporarse legalmente al proceso y es capaz de producir información cierta o probable sobre la pretensión de las partes en el proceso civil y aspectos estrechamente relacionados (Rodríguez Manjarres, 2019).

La historia clínica va a fungir como un elemento de convicción, basado en él, cualquier perito actuante puede valorar de manera adecuada el tipo de lesiones, enfermedad, el alcance o la responsabilidad, incluso del galeno, efectivamente, a través de la historia se puede demostrar la participación o no, del galeno (Roger, 2019).

Las omisiones en la idoneidad de este documento y la negativa a presentarlo a los pacientes o a las autoridades competentes dan lugar a reclamaciones de responsabilidad en el ámbito médico del Ecuador (Carrera & Montoya, 2021).

4. Resultados

Dentro del trabajo investigativo se realizó el análisis de varios casos y sentencias donde se ven implicado la incorrecta documentación de información en la historia clínica, por lo que existen varios ejemplos del mundo real que muestran la importancia y el impacto de la omisión de información que se evidencian en el diario vivir, tales como:

Paciente ingresado en el hospital con alergia severa a un medicamento. Ella proporcionó esta información al personal médico, pero no se registró correctamente en el expediente médico. Luego se le administró al paciente un fármaco al que era alérgico, lo que provocó una reacción alérgica grave que puso en peligro la vida. El médico tratante fue considerado responsable por negligencia médica porque la información sobre la alergia no estaba incluida en el cuadro (García Delgado, 2015).

Paciente intervenido de cirugía cardiaca, pero el médico no consignó debidamente en la historia clínica que el paciente tenía cirugía abdominal previa. Con esta cirugía ocurrieron complicaciones asociadas con cirugías abdominales previas, pero podrían haberse evitado si se hubiera tenido en cuenta esta información. El médico fue demandado y considerado responsable de la omisión de información del historial médico.

Un paciente se presentó a un médico con síntomas persistentes, pero el médico no registró en la historia clínica que el paciente tenía un diagnóstico previo de una enfermedad crónica. Debido a esta omisión, los médicos no consideraron los diagnósticos previos al evaluar los síntomas actuales del paciente. Como resultado, el paciente no recibió el tratamiento adecuado y su estado se deterioró significativamente. El médico fue acusado de no proporcionar información completa del historial médico.

Estos casos de la vida real demuestran las graves consecuencias que pueden ocurrir cuando no proporciona información en sus registros médicos. En cada caso, la falta de documentación adecuada y completa en la historia clínica resultó en un daño significativo para el paciente y responsabilidad médica y civil para los trabajadores de la salud involucrados (García Delgado, 2015).

Así también se realizó un aparte analítico de varias sentencias para determinar si la falta de diligenciamiento correcto de la historia clínica podría afectar al galeno especialmente dentro del ámbito civil.

Dentro de unas de las sentencias analizadas tenemos Sentencia Administrativo Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso de Valledolid, Sección 4, Rec 3156/2010 donde se interpone recurso de casación contra la desestimación presunta de la reclamación de indemnización por responsabilidad, los antecedentes presentados fueron que la señora Ana María de 29 años, primípara con embarazo gemelar, fue atendida en el servicio de urgencias del hospital el 11 de marzo de 2002 por sensación de dinámica uterina, se le realizó un examen ginecológico donde se encuentra un cuello uterino cerrado, posterior, borrado 30% y realizan una ecografía con reporte normal. El 12

de marzo de 2002, paciente es ingresada para seguimiento posparto y atención obstétrica debido al riesgo de parto prematuro, se inicia tratamiento con corticoides y preparación hasta el 19 de marzo. El 21 de marzo de 2002, a las 8:18 am nació la primera gemela, Jacinta, en posición cefálica, se requirió epidural, episiotomía y fórceps, en la prueba de Apgar 8 y peso 1910 gr. A las 8:20 nació el segundo gemelo con un Apgar de 9 y un peso de 2045 gramos (García Delgado, 2015).

El manejo de estas recién nacidas se hizo en neonatología especialmente de la primera gemela, Jacinta, a quien se le realizaron varias pruebas debido a que presentaba signos de encefalopatía por posible hemorragia cerebral adicionalmente de displasia renal donde permaneció en neonatología la Unidad de Nefrología Pediátrica. En neuropediatria del hospital, a la edad de 7 meses, se le realizó un examen neurológico resultando: buen estado general, microcefalia grave, estrabismo, tendencia a girar la cabeza hacia la izquierda, reflejo tónico asimétrico del cuello y extensión del brazo izquierdo. La recurrente cree que se han acumulado despropósitos en este caso con un evidente y doloso interés en desconocer las causas inmediatas del daño causado a Jacinta tales como errores técnicos y negligencia por falta de antecedentes clínicos debido a que no hay partida de nacimiento, cardiograma, bioquímica, informe ginecológico e informe completo de neonatología y todas las hojas de exámenes de imagen.

Todo esto muestra una falta de cuidado hacia la madre y los recién nacidos, especialmente a Jacinta, porque la otra niña es normal. Todos los médicos no hospitalarios (ginecólogos, neurólogos, radiólogos) después de revisar la documentación disponible y examinar al menor, confirman que la causa de la lesión es encefalopatía hipóxica perinatal, según los documentos presentados con la reclamación es desproporcionado e incompatible con la atención obstétrica convencional. Desde el 28 de abril de 2008, según dictamen médico pericial, la menor presenta: pérdida severa de agudeza visual binocular, retraso en el desarrollo, y tetraparesia por parálisis cerebral mixta por sufrimiento fetal perinatal con una gravedad determinada del 83%.

Finalmente da lugar el recurso de casación, estableciendo reconocer la indemnización de cincuenta mil euros a los padres y cuatrocientos mil euros a la menor, debido que la omisión de información ha impedido acreditar si realmente hubo negligencia médica que provocara el sufrimiento fetal y por consiguiente la parálisis cerebral.

Otra sentencia analizada fue la sentencia de la Audiencia Provincial de Valladolid, Rec. 677/2008, que por estar incompleta la historia clínica, el médico fue sancionado con 1 año de prisión además de pagar 200.000 euros a los herederos del difunto. En este caso, el acusado no cumplió con la anamnesis, no hizo un diagnóstico, no requirió exámenes cuando aparecieron síntomas claros, lo que provocó su inacción, pasividad, negligencia y abandono del deber de cuidado por lo que el paciente no recibió el tratamiento adecuado (García Delgado, 2015).

Los familiares se vuelven contra el médico de guardia, porque tras la cirugía laparoscópica, el paciente falleció por fallo multiorgánico por sepsis abdominal, los familiares confirman que luego de encontrar al paciente en el piso, la enfermera notó el agravamiento e informó al médico de turno, sin embargo, este refiere que únicamente son gases, horas después el paciente empeora y es internado en la unidad de cuidados intensivos hasta su muerte.

A pesar de que no hay datos en la historia clínica que confirmen que el médico de turno fue informado el agravamiento del paciente, este al ser notificado cae en el delito de negligencia en el deber de socorro, porque el paciente se encontraba vulnerable y en evidente peligro, por encontrarse hospitalizado, el error del médico fue que no anotó en la historia clínica que había sido informado.

Teniendo en cuenta este análisis, con carácter general, también es importante que se mantenga un registro razonable de la situación cuando la información se limite al paciente, ya que puede haber evidencia de una necesidad terapéutica. Cuanta más información contenga la historia clínica, más completa será y, si el paciente la posee, podrá elegir mejor entre la información disponible, salvo que sea contraproducente. Muy poca o demasiada información es mala, no obstante, asimismo es significativo establecer que demasiada información puede abrumar la atención clínica y suponer una carga innecesaria para los pacientes.

No dar el consentimiento informado que también forma parte de la historia clínica puede constituir un delito que se presenta en muchas e innumerables, donde la falta del consentimiento informado no sólo se considera un abuso de los derechos reconocidos, sino también de los derechos fundamentales a la integridad física y la libertad. Tal como en la sentencia 220/2008, Resolución 454/2015 de la Dirección de Juicio del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, en la que se afirma que el paciente afirma que no fue informado de posibilidad de evisceración corneal. Si bien no se documenta el consentimiento informado para la intervención, se anota en la nota clínica, se comenta con la familia y se explica la situación, debido a que esta intervención quirúrgica no se realiza en ningún sentido sin consentimiento y en la historia clínica está reportado que los familiares fueron informados de la situación. El diligenciamiento correcto y periódico de la historia clínica puede compensar en algunos casos la falta de consentimiento informado (García Delgado, 2015).

5. Discusión

La responsabilidad médica y civil asociada con la falta de completar un historial médico es una preocupación importante y ha provocado un debate importante en el campo médico/legal.

Primeramente, es importante entender el concepto de historia clínica y lo que significa. Un historial médico es un documento médico legal que recopila información relevante sobre la salud y la atención médica de un paciente. El desempeño adecuado incluye el registro preciso y completo de datos demográficos, historial médico, síntomas, diagnóstico, tratamiento y otros aspectos relevantes (Orozco Pardo, 2006).

En el campo de la medicina, la falta de información pertinente puede dar lugar a diagnósticos erróneos, retrasos en el tratamiento y decisiones médicas erróneas. Esto puede conducir a una atención de mala calidad y afectar la salud y el bienestar del paciente. Además, puede socavar la relación médico-paciente y socavar la confianza en el sistema de salud (Orozco Pardo, 2006).

En cuanto a la responsabilidad civil, la falta de una correcta historia clínica puede dar lugar a acciones legales por parte del paciente. Se puede responsabilizar a un profesional médico por negligencia médica si se determina que la falta de información adecuada en el registro médico ha dañado al paciente. Esto puede conducir a reclamaciones legales, daños monetarios y daños a la reputación. Sin perjuicio, que por sí solo los errores en el diligenciamiento en sí mismo conlleven algún tipo de sanción, más allá del ámbito ético.

En cualquier discusión crítica, es importante considerar los desafíos y las razones para no completar la historia clínica correctamente. Factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo, la falta de capacitación y la falta de un sistema de documentación eficiente pueden contribuir a este problema. Es importante fomentar la implementación de políticas y prácticas que aborden estos desafíos y promuevan la documentación adecuada y completa de los registros médicos.

La responsabilidad médica y civil asociada con la finalización incompleta del historial médico es un tema importante en la prestación de servicios de salud. La falta de información adecuada puede tener consecuencias médicas y legales adversas, incluidos diagnósticos erróneos, retrasos en el tratamiento, daño al paciente y demandas por mala práctica. Garantizar una atención de calidad requiere desarrollar una cultura de buen mantenimiento de registros médicos y abordar los desafíos que conlleva.

Con lo anteriormente mencionado, en la primera sentencia plasmada es evidente que la carencia de esos documentos ha impedido a la parte recurrente poder conocer y por ende acreditar la situación del feto en los momentos previos al parto y si se estaba produciendo un sufrimiento fetal. Tales documentos se determinan por la recurrente como fundamentales para sustentar su tesis relativa a un supuesto de mala praxis médica que la Administración niega, ofreciendo una alternativa también posible, pero de la que tampoco posee certeza absoluta puesto que no puede obviarse que en la ciencia médica por su complejidad y variedad de circunstancias es en ocasiones muy difícil ofrecer una explicación cierta, absoluta y completa.

Como hemos reiteradamente sostenido, no estamos ante una prestación de resultados concretos sino ante la disposición de los medios adecuados y existentes según la ciencia médica a los efectos de conseguir el mejor estado posible de los que demandan asistencia médica. Por tanto, la sentencia debió tener en cuenta y analizar la influencia que podía tener en materia de prueba la imposibilidad de obtener documentos o elementos que prueba al alcance de la demandada y que no han sido aportados a los efectos de que la parte recurrente pueda construir una hipótesis fáctica y formular pretensión al respecto.

Así, al no dar derecho al peticionario a un seguimiento y una historia clínica completa y rigurosa de lo sucedido al momento de la entrega, el peticionario no pudo probar si esto era correcto, y por lo tanto se violó la *“Lex Artis”*.

Omitir información de los registros médicos puede exponer a los profesionales médicos a responsabilidades médicas y civiles. Algunas consideraciones pueden ser:

- Incumplimiento de obligaciones médicas: Los profesionales tienen el deber de brindar atención médica adecuada y diligente, incluida la documentación adecuada del historial médico. La falta de información puede considerarse un incumplimiento de este deber de diligencia.
- Daño a los pacientes: Si la falta de información en la historia clínica genera un daño al paciente en forma de diagnóstico erróneo, tratamiento inadecuado, retraso en la atención médica, etc., el profesional sanitario será responsable del daño causado. posibilidad.
- Causalidad: Para establecer la responsabilidad civil, es necesario probar que la falta de información fue la causa directa o coadyuvante del daño sufrido por el paciente. Esto supone que se establece un vínculo causal entre la omisión y los efectos adversos para la salud del paciente.
- Consentimiento informado: La omisión de información relevante de los registros médicos puede afectar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. La responsabilidad del profesional de la salud puede aumentar si se determina que la omisión da como resultado que el paciente no brinde un consentimiento informado adecuado.
- Estándares profesionales: los profesionales de la salud deben cumplir con los estándares y normas éticos y profesionales. Si se determina que la información que falta en los registros médicos viola estos estándares, usted puede ser considerado responsable. Es importante tener en cuenta que las leyes y reglamentos pueden variar según el país y el contexto legal específico (Galván-Meléndez et al., 2015).

En resumen, la omisión de información de la historia clínica es un delito grave con posibles consecuencias legales y éticas. No proporcionar información completa y precisa pone en peligro la salud y el bienestar del paciente, pone en peligro la continuidad de la atención y dificulta el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

No proporcionar información sobre el historial médico es una violación de la confianza y de la relación médico-paciente, y puede tener consecuencias legales. Los profesionales médicos pueden ser considerados civilmente responsables por los daños sufridos por un paciente, especialmente si se determina que la omisión es una causa directa al daño sufrido (Orozco Pardo, 2006).

Además, la omisión de información en la historia clínica atenta contra los principios éticos y profesionales de las autoridades sanitarias. Los profesionales tienen el deber de brindar una atención médica diligente y de documentar de manera precisa y completa las historias clínicas, respetando los principios de transparencia, honestidad y autonomía del paciente.

La Ley Orgánica de Salud reconoce el valor legal de los registros médicos y establece las obligaciones de los profesionales de la salud de mantener registros adecuados y completos de la atención médica de sus pacientes, por lo tanto, el historial clínico puede presentarse como evidencia en procedimientos legales que involucren negligencia médica, responsabilidad médica o

reclamos por daños y perjuicios. En tales casos, la historia clínica sirve como prueba documental de las alegaciones realizadas por las partes involucradas, ya sea prueba de una adecuada atención médica o de una mala praxis.

Es importante señalar que, en Ecuador, al igual que en otros países, se aplican ciertas consideraciones legales al uso de registros médicos como prueba. Por ejemplo, se debe garantizar la confiabilidad de los registros médicos, y las partes pueden brindar experiencia médica para evaluar la confiabilidad y relevancia de la información contenida en los registros médicos.

Adicionalmente, la confidencialidad y protección de los datos privados de los pacientes son aspectos fundamentales a la hora de utilizar la historia clínica como medio de prueba. Los profesionales médicos deben cumplir con ciertas leyes y reglamentos en materia de protección de datos y confidencialidad de la información médica en Ecuador, tales como se menciona en la Ley Orgánica de Salud en el artículo 7, literal f que expresa: “Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis” (Ley Orgánica de Salud, 2016, art. 7).

Adicionalmente en la Carta Magna de la República en el artículo 362 menciona que: “Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, art. 362).

Así mismo, en la Ley de Derechos y Amparo del Paciente explica sobre el derecho a la confidencialidad en el artículo 4 donde refiere que: “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial” (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2018, art. 4).

Finalmente, la falta de información en la historia clínica puede tener graves consecuencias tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Para asegurar la calidad de la atención médica y respetar los derechos de los pacientes, es fundamental cumplir con el deber de cuidado y asumir la responsabilidad de documentar adecuadamente la información relevante.

6. Conclusión

En conclusión, la historia clínica y la responsabilidad médica son dos factores intrínsecamente relacionados en el campo legal y ético de la medicina. El informe médico como documento juega un papel fundamental en la continuidad del tratamiento, en la toma de decisiones médicas y como prueba en litigios. Por otro lado, la responsabilidad médica se refiere a la obligación legal y ética de los profesionales de la salud de brindar atención competente y cumplir con un estándar de atención aceptable.

Desde una perspectiva legal, los registros de los pacientes y la responsabilidad médica están respaldados por regulaciones y leyes que exigen que los profesionales de la salud mantengan registros precisos y completos de la atención médica.

El propósito de estas normas es garantizar la calidad de la atención, proteger los derechos de los pacientes y facilitar la responsabilidad en casos de negligencia o abuso. Desde una perspectiva ética, la historia clínica y la responsabilidad médica se fundamentan en principios morales y éticos encaminados a garantizar la autonomía y el bienestar de los pacientes.

Omitir información de los registros médicos puede tener consecuencias significativas tanto para la calidad de la atención médica como para la responsabilidad médica. La falta de documentación adecuada puede afectar la toma de decisiones médicas, provocar errores en el diagnóstico o el tratamiento y dificultar la defensa en los juicios.

Por lo que la diligencia debida en el mantenimiento de registros médicos es esencial para respaldar la atención médica, proteger los derechos de los pacientes y facilitar la rendición de cuentas en casos de negligencia médica. El cumplimiento de las normas legales y los principios éticos garantiza una atención médica de alta calidad y promueve la confianza y la seguridad en la relación médico-paciente.

Referencias

- Carrera, G., & Montoya, S. (2021). La historia clínica y la responsabilidad civil en el Ecuador. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 7(3), 394–423. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i3.587>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. <https://acortar.link/mrzmr>
- Díaz, A. R., González, A. M. P., & Osorio, M. H. (2020). Prevención de la Mala Praxis Médica. *Revista Científica Hallazgos* 21, 5(2), 193–202. <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/462>
- Galván-Meléndez, M. F., González-Hernández, J. A., Vargas-Salazar, R., Meléndez-Hurtado, C. D., Camacho-Sánchez, M., & Hernández-García, L. del C. (2015). Responsabilidad profesional en el ejercicio de la medicina. *Revista Médica MD*, 7(1), 32–37. <https://acortar.link/vL0Uif>
- García Delgado, B. (2015). *Historia clínica como medio de prueba. Especial mención de la historia Clínica Electrónica* [Trabajo de maestría, CEU Universidad San Pablo]. <https://acortar.link/fYbMg0>
- León Ordoñez, D. A., León Ortiz, R. B., & Durán Ocampo, A. R. (2019). La prueba en el código orgánico general de procesos. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(1), 359–368.
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente, Ministerio de Salud Pública del Ecuador 4 (2018). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Ley Orgánica de Salud. (2016). Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Plataforma Profesional de Investigación Jurídica, Registro O, 13. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>

- Momblanc, L. (2021). La historia clínica en el proceso judicial por responsabilidad médica en Cuba. *Alcance y valor probatorio. Opinión Jurídica*, 20(42), 423–445. <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n42a17>
- Orozco Pardo, G. (2006). Problemática jurídica de la información sanitaria. La historia clínica. *Cuadernos de Bioética*, XVII(1), 43–55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87505903>
- Pérez, E., Pedraza, E., & González, V. (2019). Un llamado a la responsabilidad con la historia clínica en manos de los estudiantes. *Revista Cubana de Medicina*, 58(2), 303.
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. (2021). <https://dle.rae.es>
- Rodríguez Lainz, J. (2017). La omisión de información en las historias clínicas en el ejercicio de la medicina privada como supuesto de responsabilidad por mala praxis médica. *Cuadernos De Medicina Forense*, 23(3), 100–111.
- Rodríguez Manjarres, R. E. (2019). Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica. *Vis Iuris: Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, 6(11), 105–139. <https://doi.org/10.22518/vis.v0i00.1177>
- Rogers, R. (2019). Valor médico legal de la historia clínica e implicaciones legales del ejercicio de la medicina. *Revista GICOS*, 4(2).
- Salazar, P. (2017). *La historia clínica en el proceso civil: una crítica a su empleo como principal medio de prueba en los casos de responsabilidad médica* [Trabajo de Grado, Universidad Católica de Colombia]. <http://hdl.handle.net/10983/15423>
- Varas, J. (2011). Responsabilidad médica y acto médico. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 6(3), 240–244.
- Vera Carrasco, O. (2022). La responsabilidad y la mala praxis del profesional médico. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 60–65.

AUTORES

Karla Estefanía Buenaño Taboada. Médico general.

Sergio Hernando Castillo Galvis. Abogado, Especialista en Derecho Médico. Actualmente es presidente de la Cámara de Comercio de Cúcuta–Colombia

DECLARACIÓN

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes ajenas a este artículo.

Notas

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.